Anmeldebogen mit Anamnese

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Straße: _____
PLZ / Wohnort: _____
Tel. privat: _____
Tel. geschäftl.: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Adresse: _____

Versichertenstatus:

gesetzlich versichert

Krankenkasse:

_____

Zusatzversicherung:
☐ ja ☐ nein

Versicherter (falls abweichend vom Patient):

Name / Vorname:

_____

Straße:

_____

PLZ / Wohnort:

_____

Geburtsdatum: _____

privat versichert

Versicherung:

_____

Beihilfe:
☐ ja ☐ nein

Abweichende Rechnungsadresse:

Name / Vorname:

_____

Straße:

_____

PLZ / Wohnort:

_____

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

☐ Blutgerinnungsstörungen
☐ Herz- Kreislauferkrankungen
☐ Hepatitis B
☐ Herzschrittmacher, Stents, etc
☐ Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung
☐ Hepatitis C
☐ Schilddrüsenerkrankung
☐ Asthma
☐ Infektionskrankheiten/HIV/Tbc
☐ Migräne
☐ Diabetes
☐ Raucher
☐ Allergien ➡ Auf welche Stoffe?: _____
☐ Schwangerschaft ➡ Welcher Monat?: _____
☐ Wurden Ihnen schon einmal Bisphosphonate verabreicht ➡ Wann? _____
☐ Nehmen Sie Medikamente? ➡ Welche?: _____

Ihr Anliegen:

☐ Zahnschmerzen
☐ Kontrolluntersuchung
☐ Zahnfleischbluten
☐ Kiefergelenksschmerzen
☐ Parodontose
☐ Zahnfehlstellung
☐ Ästhetik
☐ Schleimhautveränderungen

Ich bestätige, die vorstehenden Angaben, vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Änderungen bezüglich meines Gesundheitszustandes oder meiner persönlichen Daten werde ich umgehend und unaufgefordert mitteilen.

_____

Datum Unterschrift

Aus dem zwischen dem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter entstandenen Behandlungsvertrag behalten wir uns vor, **vereinbarte Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, nach BGB § 611/615 in Rechnung zu stellen.**

_____

Datum Unterschrift

Zahnarztpraxis Dres. Hermle, Schnur & Partner, Konrad-Adenauer-Str. 23, 72072 Tübingen